

LA TARSORRAPHIE EXTERNE

63

DANS

LE TRAITEMENT DE L'ENTROPION SPASMODIQUE

Docteur ROGER ANDRIEU

De la Faculté de Médecine de Paris

PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. le Professeur DE LAPERSONNE

Professeur de Clinique ophtalmologique

Membre de l'Académie de médecine



NOGENT-LE-ROTHOU

IMPRIMERIE DU « NOGENTAIS » — G. FAUQUET

43, rue Gouverneur, 43

1919

LA TARSORRAPHIE EXTERNE 83

DANS

LE TRAITEMENT DE L'ENTROPION SPASMODIQUE

ANDRIEU ROGER-PIERRE-CAMILLE

Né à Villeréal (Lot-et-Garonne), le 10 Septembre 1887

PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. le Professeur DE LAPERSONNE

Professeur de Clinique ophthalmologique

Membre de l'Académie de médecine



NOGENT-LE-ROTHOU

IMPRIMERIE DU « NOGENTAIS » — G. FAUQUET

43, rue Gouverneur, 43

—
1919

Doyen...... M. ROGER. **Assesseur.**..... M. POUCHET.

Professeurs **MM.**

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie topographique	BROCA (Auguste).
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	VAQUEZ.
Pathologie chirurgicale	N.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	N.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Bactériologie	BEZANÇON.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	N.
Clinique médicale	WIDAL.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
Clinique des maladies contagieuses	TESSIER.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ.
Clinique des maladies cutanées et des maladies syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE-MARIE.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	LEJARS.
	HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	RIBEMONT-DESSAIGNE.
Clinique gynécologique	N.
Clinique chirurgicale infantile	N.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.

MM.

Agrégés en exercice

ALGLAVE.	GOUGEROT.	LECÈNE.	MULON.	ROUSSY.
BERNARD.	GRÉGOIRE.	LEMIERRE.	NICLOUX.	ROUVIÈRE.
BRANCA.	GUENIOT.	LENORMANT.	NOBECOURT.	SCHWARTZ Anselme.
BRUMPT.	GUILLAIN.	LEQUEUX.	OKINCZYC.	SICARD.
CAMUS.	JEANNIN.	LENEBOULLET.	OMEREDANNE.	TANON.
CASTAIGNE.	JOUSSET André.	LORI.	RATHERY.	TERRIEN.
CHAMPY.	LABBÉ Henri.	LOEPER.	RETTERRER.	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LAIGNEL-LAVASTINE.	MAILLARD.	RIBIERRE.	VILLARET.
DESMAREST.	LANGLOIS.	MOCQUOT.	RICHAUD.	ZIMMERN.

A MON PÈRE

In memoriam.

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MES FRÈRE & SŒURS

A MES BEAUX-FRÈRES & A MA BELLE-SŒUR

A MES AMIS

A MES CHEFS & A MES CAMARADES

du 13^e Régiment d'Artillerie

et du 29^e Régiment d'Infanterie territoriale

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

*Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
notre thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RENON
(Hôpital de la Pitié)

M. LE PROFESSEUR LANDOUZY
(*In memoriam*)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALTHER
(Hôpital de la Pitié)

M. LE DOCTEUR VILLEMIN
(*In memoriam*)

M. LE DOCTEUR MOUCHET
(Hôpital Bretonneau)

M. LE DOCTEUR GUINON
(Hôpital Bretonneau)

M. LE DOCTEUR BOULLOCHE
(Hôpital Bretonneau)

M. LE DOCTEUR GRIFFON
(*In memoriam*)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ANDRÉ JOUSSET
(Hôpital Laënnec)

M. LE PROFESSEUR POZZI
(*In memoriam*)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ POTOCKI
(Hôpital de la Pitié)

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SAUVAGE
(*In memoriam*)

M. LE DOCTEUR COURCOUX
(Hôpital Lariboisière)

M. LE DOCTEUR QUEYRAT
(Hôpital Cochin)

A M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND, médecin des hôpitaux de Paris, et à M. LE DOCTEUR MAURICE CHIRAY, ex-chef de clinique de la Faculté, que nous prions de vouloir bien trouver ici l'hommage de notre affectueuse et profonde reconnaissance pour les conseils et l'aide paternelle qu'ils ont bien voulu nous donner dans les moments difficiles de nos études médicales.

A M. LE DOCTEUR CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris, qui a bien voulu nous indiquer ce sujet de thèse et nous aider de ses conseils, nous adressons ici l'hommage de nos sincères remerciements.

LA TARSORRAPHIE EXTERNE

DANS

LE TRAITEMENT DE L'ENTROPION SPASMODIQUE

I

LIMITATION DU SUJET

Nous voulons parler dans ce travail d'un procédé nouveau, proposé le 2 juin 1914 à la Société d'ophtalmologie de Paris, par le docteur Cantonnet, au sujet du traitement de l'entropion spasmodique.

Nous laisserons de côté l'entropion cicatriciel, qui est la conséquence d'une altération du tarse avec production de tissu cicatriciel, telle qu'on la constate dans le trachome, les inflammations chroniques du bord libre et les cicatrices de la conjonctive par ulcérations ou brûlures.

Nous écarterons aussi du sujet le traitement de l'entropion *ex-vacuo* qui se produit après énucléation au-devant de sacs conjonctivaux déshabités. Cette variété est d'ailleurs beaucoup moins fréquente que l'entropion *ex-vacuo*, si bien étudié par le professeur Truc, et pour lequel il a proposé son excellent procédé *en vanne*.

Nous éliminerons également les entropions spasmodiques qui sont dus, soit à des corps étrangers du cul-de-sac conjonctival, soit à des affections iriennes ou surtout kératiques, occasionnant de la photophobie. Nous éliminerons cette variété *photophobique* de l'entropion, lorsque le traitement de la cause suffit à guérir la déformation palpébrale.

Il est bien évident que si l'entropion produit par un corps étranger ou par une affection irienne ou kératique disparaît après enlèvement du corps étranger ou de l'affection causale, sans jamais se reproduire, il est inutile de faire autre chose que le traitement de la cause. Mais nous ferons rentrer cette variété *photophobique* dans notre étude, lorsque le traitement de l'affection photophobique est resté sans résultat et que l'entropion persiste malgré le traitement de la cause.

Il nous reste donc deux grandes variétés d'entropion spasmodique à étudier :

A) — L'entropion qui se fait sous le pansement, dans les suites de cataracte par exemple ;

B) — L'entropion non consécutif à un pansement et qui est surtout fréquent aux deux âges extrêmes de la vie.

Ce sont ces deux variétés que nous allons étudier cliniquement avant d'exposer le traitement à leur appliquer.

II

DESCRIPTION DE L'ENTROPION SPASMODIQUE

Tout d'abord, définissons l'entropion d'une manière générale :

L'entropion (de ἐν, au-dedans, et τρέπειν, tourner) est l'enroulement de la paupière en dedans. Dans l'entropion, tout le bord palpébral est incurvé en arrière, de sorte qu'on ne le voit même pas quand on regarde de face l'œil ouvert. Pour le voir, il faut tâcher de dérouler la paupière en la tirant vers le rebord orbitaire.

Qu'est-ce qu'on entend maintenant par entropion spasmodique, la seule variété qui nous intéresse dans cette étude ?

« Il n'est pas rare de rencontrer chez les enfants, les
« personnes âgées, surtout les vieillards à peau flasque,
« une forme spéciale d'entropion qui siège toujours à
« la paupière inférieure. Le bord ciliaire est complète-
« ment renversé dans le cul-de-sac conjonctival, le car-
« tilage tarse s'enroule autour de son arc horizontal,
« effectuant une rotation de 180°. La face externe de la
« paupière est en contact direct avec le bulbe ; le bord
« palpébral nouveau correspond au bord inférieur du

« cartilage tarse et se trouve constitué directement par
« la peau. Si l'on exerce une légère traction à l'aide du
« doigt sur la paupière entropionnée, tout en faisant
« regarder le malade en haut, on la voit se dérouler et
« reprendre sa position normale. Mais aussitôt que la
« traction cesse, ou bien dès que le malade ferme les
« yeux, l'enroulement se reproduit et les cils déviés
« viennent de nouveau irriter la cornée et les sacs
« conjonctivaux.

« Contrairement à ce qui existe dans l'entropion suite
« de trachome, il n'existe aucune cicatrisation conjon-
« ctivale, aucune altération des cils : ceux-ci sont régu-
« lièrement implantés et dirigés. Cet entropion est
« accompagné d'un grand relâchement de la peau, d'un
« certain degré de blépharophimosis et d'hypertrophie
« de l'orbiculaire.

Voilà la description de l'entropion spasmodique telle que nous la donne Gallemaerts, de Bruxelles. On voit donc la différence très nette qui existe entre cette forme d'entropion, dans laquelle les tissus oculaires sont sains, ne sont l'objet d'aucune transformation organique, et l'entropion cicatriciel dans lequel, au contraire, il existe une altération des tissus.

Étudions maintenant les deux principaux cas cliniques suivant lesquels peut se présenter l'entropion spasmodique. Ce sont :

1° L'entropion spasmodique consécutif à une opération de cataracte ;

2° L'entropion spasmodique vrai, consécutif à une affection irienne, kératique ou conjonctivale.

A — Entropion spasmodique consécutif à une opération de cataracte.

On a fait une opération de cataracte où tout s'est très bien passé ; les pansements faits le deuxième, le troisième jour, ont montré le parfait état de la plaie et des paupières ; mais, vers le troisième ou le quatrième jour, le malade dit avoir souffert un peu dans la journée qui a suivi le dernier pansement. Cette douleur s'est accentuée la nuit, où il avait comme du sable dans les yeux et un violent désir de se frotter. On enlève le pansement et on constate que la paupière inférieure paraît comme avalée et transformée en une sorte de bourrelet ou de moignon très bas ; les cils ne sont plus visibles. On fait une légère traction de haut en bas sur la face cutanée de la paupière et l'on constate que la paupière se déroule peu à peu et que les cils apparaissent, sortant du cul-de-sac inférieur où ils étaient cachés. La conjonctive de la moitié inférieure du globe est congestionnée et rouge ; il y a un peu de sécrétion entre les cils. Le malade accuse un véritable soulagement dès que la paupière est rétablie dans sa situation normale.

Si le pansement est fait par un aide négligent, l'entropion peut n'être pas redressé et persister sous le pansement remis en place ; il peut alors se produire, les jours suivants, des conjonctivites violentes, parfois même des ulcérations du tiers inférieur de la cornée.

La production de cet entropion a, de plus, un autre inconvénient, d'autant plus grand que cet entropion apparaît plus tôt après l'opération : la paupière entropionnée, c'est-à-dire repliée sur elle-même et doublée

d'épaisseur, pèse sur la partie inférieure de la cornée, tendant ainsi à repousser en avant la partie supérieure où siège la ligne d'incision, c'est-à-dire à faire bailler la plaie ; d'où retard de la cicatrisation, possibilité de hernie de l'iris, d'infection, etc...

Cet entropion est dû le plus souvent à ce que le malade, généralement un vieillard (c'est-à-dire des gens prédisposés), serre ses paupières au moment où se fait le pansement, au lieu de les fermer doucement. Il tient aussi à ce que celui qui fait le pansement n'a pas le soin de bien maintenir avec le pouce gauche le début de la bande sous l'oreille correspondante, omission qui permet aux tissus de la joue d'être remontés lors de l'application de la bande.

B — Entropion spasmodique vrai chez l'enfant ou le vieillard.

A) — Les parents présentent au médecin un enfant de quelques jours, rarement de quelques mois, qui tient ses yeux ou, plus souvent, un de ses yeux obstinément fermé. Ils ont, depuis quelque temps, appliqué sans succès des compresses chaudes ; il s'écoule un peu de mucosité muco-purulente. Lorsqu'on écarte la paupière supérieure, dont l'aspect est à peu près normal, on est frappé de voir la paupière inférieure légèrement oedématisée et cet oedème indique bien les contours de cette paupière inférieure. On est frappé surtout de ne pas voir la rangée de cils de cette paupière. En effet, la paupière est entropionnée et, si on la remet en place avec le doigt, on constate une sécrétion assez abondante ; de

plus, l'enfant présente une photophobie persistant après le redressement de la paupière. Cette photophobie est due à ce que la paupière entropionnée a produit une ulcération par le frottement des cils sur la cornée. Cette ulcération se produit dans un assez grand nombre de cas, sans cependant être constante.

B) — Un vieillard se plaint d'avoir du sable dans les yeux ; l'œil est rouge et continuellement irrité ; quelquefois même, il a essayé tous les collyres sans succès. Avec un peu d'attention, il est facile de constater que la paupière inférieure est entropionnée ; son bord ciliaire est enroulé en dedans et les cils disparaissent, ils sont dans le cul-de-sac conjonctival. Avec une légère pression de haut en bas, faite avec le doigt, on redresse la paupière et quelquefois, dès que le doigt a quitté le contact, celle-ci s'entropionne à nouveau, soit spontanément, soit parce que le malade fait un mouvement de constriction de l'orbiculaire. D'autres fois, la paupière reste en place dix minutes, une demi-heure, une ou deux heures, et puis elle bascule de nouveau, l'entropion se reproduit.

Comme nous venons de le voir en faisant l'étude clinique de l'entropion spasmodique, cet entropion ne se produit guère que chez l'enfant, le tout petit enfant et le vieillard. Il se produit aussi parfois chez l'adulte nerveux et atteint d'une affection photophobique. Pourquoi et comment se produit cette affection ? C'est ce que nous allons essayer d'expliquer en examinant les différentes théories pathogéniques émises et en exposant la théorie du docteur Cantonnet.

III

PATHOGÉNIE DE L'ENTROPION SPASMODIQUE

Plusieurs théories ont été émises sur la pathogénie de l'entropion spasmodique. Les unes sont basées sur la bascule du tarse, les autres sur la flaccidité des tissus. Il est enfin une troisième catégorie que nous appellerons théorie mixte et qui fait entrer en ligne de compte à la fois la bascule du tarse et la flaccidité des paupières. C'est celle du docteur Cantonnet:

Avant de passer en revue ces différentes théories, rappelons quelques notions anatomiques sur la constitution des paupières, pour bien comprendre le mécanisme de cette affection. Il suffit, pour cela, de prendre une planche d'anatomie; nous en trouvons une très claire dans le traité d'anatomie de Poirier.

Les paupières sont constituées, en allant de la surface vers la profondeur, par :

- 1° La peau, très fine et très mince ;
- 2° La couche celluleuse sous-cutanée formée par un tissu conjonctif très lâche qui, par conséquent, se laisse très facilement infiltrer et distendre ;
- 3° La couche musculaire à fibres striées, formée par l'orbiculaire des paupières ;

4° La couche celluleuse sous-musculaire, analogue à la couche celluleuse sous-cutanée, c'est-à-dire formée par un tissu conjonctif lâche, se laissant très facilement distendre ;

5° La couche fibreuse, qu'on considère comme constituant le squelette des paupières et qui forme le tarse et le ligament suspenseur de chaque paupière. Les extrémités externes des deux tarses sont reliées l'une à l'autre par un ligament puissant en Y, dont la queue vient s'attacher sur le côté externe de la base de l'orbite, un peu au-dessous de l'articulation fronto-malaire ; c'est le ligament externe des tarses ou ligament palpébral externe.

De même, à leur extrémité interne, les deux tarses donnent naissance chacun à une bandelette fibreuse ; celles-ci convergent l'une vers l'autre, se fusionnent et forment une bandelette unique ou queue de l'Y, qui vien s'insérer vers le côté interne de la base de l'orbite, à la branche montante du maxillaire inférieur ; c'est le ligament interne des tarses ou ligament palpébral interne.

Passons maintenant en revue ces différentes théories et voyons quel est l'élément anatomique que chacune d'elles met en jeu pour expliquer la production de l'entropion.

A — Théories basées sur la bascule du tarse.

Qu'est-ce qui peut faire basculer le tarse ?

Ce sera un pansement mal mis, comme on l'observe souvent chez les malades opérés de cataracte ; on a,

pour la plupart, affaire à des gens d'un certain âge ; si, en mettant le pansement, on relève la paupière inférieure, si on relâche au maximum la peau déjà flasque de la paupière inférieure, on favorise la bascule du tarse qui n'est plus maintenu suffisamment ; il se produit un enroulement que le pansement maintient et qui deviendra définitif si l'on n'y remédie. Les cils, en frottant sur la cornée, produiront soit une ulcération, soit de la conjonctivite, et cette affection surajoutée aidera l'entropion à se maintenir.

D'autres auteurs mettent en première ligne, comme cause de la bascule du tarse, le spasme de l'orbiculaire. Fuchs, dans son manuel d'ophtalmologie, donne de cette théorie une explication détaillée :

« L'entropion spasmodique, dit-il, est celui qui se
« produit par la contraction de l'orbiculaire. Les fibres
« de la portion palpébrale de l'orbiculaire décrivent des
« arcs en deux sens. La première courbe dépend de ce
« que les fibres musculaires circonscrivent la fente
« palpébrale. Il s'ensuit que la concavité de ces arcs
« est tournée vers la fente, de façon que, pour la paupière supérieure, cette concavité regarde en bas et,
« pour l'inférieure, elle est dirigée en haut. La courbe
« de la seconde espèce dépend de ce que les fibres
« musculaires s'appliquent avec les paupières exactement sur la face antérieure convexe du globe oculaire ;
« la concavité de cet arc est dirigée en arrière pour les
« deux paupières. Maintenant, lorsque les fibres de
« l'orbiculaire se contractent, au lieu de conserver la
« position de l'arc, elles tendent à prendre celle de la

« corde. De cette manière, les fibres exécutent une
« double action : par l'effacement de la courbe de la
« première espèce, elles rétrécissent la fente palpébrale ;
« par l'effacement de la courbe de la deuxième espèce,
« elles appliquent intimement les paupières sur la sur-
« face du globe. Ces deux composantes peuvent forcer
« les tarses à se rabattre, si l'état des parties sur les-
« quelles ils reposent leur en fournit l'occasion. Grâce
« à l'action de l'orbiculaire dans le sens de la première
« composante, les paupières s'appuient l'une contre
« l'autre quand la fente palpébrale se ferme. On peut
« représenter les deux tarses par deux cartes de visite
« superposées dans un plan vertical de telle façon que
« le bord inférieur de l'une repose sur le bord supérieur
« de l'autre et que ces bords s'appuient l'un contre
« l'autre. Si l'on presse légèrement du doigt le point
« de contact des deux cartes, celles-ci s'inclinent dans
« la direction opposée à la pression du doigt. De même
« les deux tarses, appliqués l'un contre l'autre, s'inclinent
« en avant si les parties sous-jacentes les poussent dans
« ce sens, ou s'inclinent en arrière s'il leur manque
« en arrière un appui assez solide. Bien plus impor-
« tante, au point de vue de l'origine du déplacement
« des paupières, est la deuxième composante, suivant
« laquelle les fibres de l'orbiculaire pressent les pau-
« pières contre le globe. Les paupières ne sont complè-
« tement appliquées au globe qu'aussi longtemps que
« celui-ci leur fournit un appui régulier. Si celui-ci,
« devenu irrégulier, ne soutient plus suffisamment par
« derrière le bord libre ou le bord adhérent du tarse,

« celui-ci fait une rotation dans le sens de l'entropion
« ou de l'ectropion. Plus est énergique, en général, la
« contraction de l'orbiculaire et plus tôt les paupières
« subiront des changements de positions du fait de ces
« causes mécaniques citées plus haut. On comprend
« ainsi qu'il existe aussi bien un entropion qu'un ectro-
« pion spasmodique ; il dépendra des rapports méca-
« niques expliqués plus haut et d'autres circonstances,
« notamment l'état de la peau de la paupière, que le
« blépharospasme fasse rentrer ou sortir les paupières.

« Pour qu'un entropion se produise, deux conditions
« sont nécessaires : d'abord un défaut de soutien du
« bord libre de la paupière et puis une peau abondante
« et extensible. La première condition se rencontre
« quand le globe oculaire fait défaut. Néanmoins, il
« n'est pas nécessaire que le globe oculaire soit entière-
« ment absent ; il suffit que l'œil soit devenu plus petit
« ou situé plus profondément dans l'orbite, comme cela
« a lieu chez les vieillards amaigris. Quand le bord
« palpébral s'enroule en dedans, la peau de la paupière
« est entraînée. Qu'on s'oppose à cette traction, et le
« développement de l'entropion est devenu impossible.
« Si l'on remet en place la paupière atteinte d'entro-
« pion, qu'alors on attire la peau palpébrale un peu
« vers le rebord orbitaire et qu'on l'y fixe par la pres-
« sion, on empêche la paupière de s'enrouler de nou-
« veau en arrière. Il en résulte que l'entropion spasmo-
« dique ne se produit habituellement pas chez les gens
« dont la peau palpébrale est résistante et élastique.
« Pour qu'il se développe, il faut une peau abondante,

« ridée et mobile, telle qu'on la rencontre chez les
« personnes âgées.

« H est facile de comprendre que l'enroulement du
« bord palpébral est favorisé lorsque les fibres de l'orbi-
« culaire se contractent très énergiquement, comme
« cela a lieu dans le blépharospasme, ou lorsque la force,
« avec laquelle les faisceaux musculaires de l'orbicu-
« laire attirent le bord de la paupière en arrière, est
« encore augmentée par une pression extérieure, par
« exemple par un bandeau. Il en est de même du blé-
« pharophimos, parce qu'il attire la peau contre le
« bord libre.

« L'entropion spasmodique se rencontrera donc sur-
« tout chez les vieillards dont la peau palpébrale est
« flasque ; le développement en est favorisé par l'enfon-
« cement, la diminution de volume ou l'absence du
« globe oculaire, par la présence d'un blépharophi-
« mos, d'un blépharospasme ou par le port d'un
« bandeau. L'entropion spasmodique ne s'observe
« presque exclusivement qu'à la paupière inférieure.

« Gallemaerts, de Bruxelles, dit : « La contraction de
« l'orbiculaire agit comme cause déterminante de
« l'entropion spasmodique en produisant la déviation
« du bord ciliaire ; cette contraction sera d'autant plus
« forte que l'irritation produite par la déviation des cils
« sera plus grande, »

« Cet auteur ajoute que « si la bascule du tarse se pro-
« duit plus facilement à la paupière inférieure qu'à la
« paupière supérieure, produisant un entropion spas-
« modique, cela est dû à la structure anatomique de la

« paupière inférieure, qui n'a pas les mêmes connexions
« musculaires que la paupière supérieure : les brides
« du muscle droit, qui vont s'attacher au bord du tarse,
« sont moins abondantes à la paupière inférieure qu'à
« la paupière supérieure ; de plus, il n'existe pas ici,
« comme à la paupière supérieure, de tendon de l'élé-
« vateur pour s'opposer à la bascule du tarse. »

Panas dit : « Le spasme de l'orbiculaire dans sa por-
« tion tarsale contribue à l'enroulement. Les termes
« d'entropion aigu, inflammatoire ou spasmodique con-
« viennent parfaitement à cet état qui cesse aussitôt
« l'inflammation disparue. »

Donc, en résumé, pour ces auteurs, qui basent l'entropion spasmodique sur la bascule du tarse, la cause de cette bascule c'est :

1° Un pansement mal mis qui relèvera la paupière inférieure, relâchera la peau déjà flasque de la paupière et provoquera un enroulement du bord ciliaire de la paupière inférieure ;

2° Le spasme de l'orbiculaire qui, en se contractant, fera incurver le tarse, le fera basculer et en permettra l'enroulement du bord ciliaire.

B — Théories basées sur la flaccidité des tissus.

D'autres auteurs se sont appuyés, pour expliquer la pathogénie de l'entropion spasmodique, sur la flaccidité des tissus, lesquels, déjà lâches, peuvent le devenir davantage et ne maintiennent plus le tarse dans sa position normale. Rappelons-nous les quelques notions anatomiques que nous avons brièvement résumées au

début de ce chapitre et nous remarquerons qu'il y a deux couches de tissu cellulaire sous-cutané : une entre le tarse et l'orbiculaire, l'autre entre l'orbiculaire et la peau. Ce tissu cellulaire, avons-nous dit, est constitué de tissu conjonctif à mailles lâches, pouvant facilement se laisser distendre davantage par un épanchement sanguin ou séreux, par un œdème quelconque. La peau est refoulée en avant et cette masse tuméfiée que forme ce tissu cellulaire sous-cutané distendu appuiera sur le tarse et le fera basculer. C'est la même théorie que soutient Panas dans son traité des maladies des yeux :

« Dans une première catégorie de faits, l'entropion
« reconnaît pour origine l'inflammation aiguë avec
« œdème ou infiltration sanguine des paupières. Le
« liquide épanché dans le tissu cellulaire lâche placé
« sous l'orbiculaire refoule la peau en avant et fait bas-
« culer le tarse en arrière, d'autant plus facilement qu'il
« s'agit de vieillards. »

Le relâchement du tissu cellulaire sous-cutané n'est pas la seule cause de l'entropion spasmodique ; il y a le muscle orbiculaire qui peut entrer comme facteur dans la production de cette affection. Il peut y avoir un relâchement du muscle orbiculaire lui-même. Chez les vieillards, par suite de la tonicité amoindrie du muscle orbiculaire et de la peau, le bord ciliaire ne se maintient plus en bonne place. Si un spasme, une conjonctivite, une pression sur le bord ciliaire, un œdème sous-cutané, un pansement surviennent, la contraction musculaire est encore moins distribuée également sur l'ensemble de la surface de la paupière inférieure, et

le bord ciliaire inférieur, privé du point d'appui extérieur, bascule en dedans, autour de l'arc formé par lui et les ligaments suspenseurs. Cet état n'est pas rare à la levée du premier pansement après l'opération de la cataracte.

Enfin, une autre cause de production de l'entropion spasmodique repose sur le relâchement de la paupière. Chez les vieillards, la peau en est très ridée et très flasque ; elle est, par conséquent, beaucoup plus extensible que chez l'adulte ; il y a plus d'étoffe, dès lors, la peau de la paupière n'étant plus aussi tendue entre la paupière et la joue, il en résulte une plus grande facilité pour le tarse de basculer et de s'entropionner, puisqu'il n'est plus retenu dans sa position normale par une peau de longueur normale.

D'après Dimmer, les choses se passeraient ainsi :
« Chez les personnes âgées plus que chez d'autres, la
« peau de la paupière inférieure est peu fixée sur la
« couche inférieure, fait qui découle également des
« rapports anatomiques ; de plus, chez les vieillards, le
« muscle orbiculaire glisse plus facilement sur le tarse
« sous l'influence d'autres facteurs connus qui favorisent
« le développement de l'entropion ; la peau de la pau-
« pière se plisse par l'action du muscle palpébral et le
« pli est tiré par-dessus la fente palpébrale et même
« par-dessus la commissure latérale. Ce pli de la peau
« se maintient grâce à l'état sénile de la peau qui manque
« d'élasticité, même quand les paupières sont ouvertes,
« et provoque ainsi une position anormale du rebord
« palpébral avec inversion des cils et même du tarse. »

C — Théorie mixte.

Nous venons de voir que, pour certains auteurs, l'entropion spasmodique résulte d'une bascule du tarse due, soit à une action extérieure : tripotage des yeux avec les doigts, pansement mal mis ; soit à la contraction exagérée de l'orbiculaire, qui, sous une inflammation quelconque, se contracterait au maximum, créant une incurvation du tarse et un enroulement du bord ciliaire dans le cul-de-sac conjonctival. Pour d'autres, au contraire, le tarse ne basculerait que secondairement. La cause première reviendrait à la flaccidité des tissus qui permettrait, soit une infiltration de la paupière et une pression de cet œdème sur le tarse, soit une bascule du tarse à cause de la trop grande longueur de la peau allant de la paupière à la joue ; dès lors, cette peau ne servirait plus de frein pour empêcher le tarse de basculer et le bord ciliaire de s'entropionner.

La théorie que nous allons exposer maintenant, et qui est celle du docteur Cantonnet, tient des deux précédentes.

A) — *Elle tient de la théorie de la bascule* ; pour le démontrer, il fait la comparaison suivante : disons d'abord que pour mieux comprendre cette comparaison il faut se rapporter au schéma anatomique du traité d'anatomie de Poirier, Organe des sens (fig. 730, p. 1165). On est frappé de ce fait que les tarses peuvent être comparés à deux petits morceaux de carton munis à leurs extrémités de petites ficelles. Ces ficelles fixées à chaque carton représentent un petit ligament externe qui se fusionne avec celui de l'autre tarse pour former

le ligament commun palpébral externe. De même, à la partie interne, chaque ficelle représente un petit ligament interne qui se fusionne avec celui de l'autre tarse pour former le ligament commun palpébral interne.

Si l'on prend dans les doigts l'appareil ainsi constitué, on conçoit qu'il est très facile aux petits morceaux de carton de basculer autour de leur arc et il est facile aussi de concevoir que le plus petit de ces deux morceaux, c'est-à-dire l'inférieur puisque le tarse supérieur est plus grand que l'inférieur qui, lui, est plus allongé transversalement et peu élevé dans le sens vertical, basculera plus facilement que le supérieur et ceci pour deux raisons : la première c'est qu'il a moins de surface appliquée sur le globe oculaire puisqu'il a la forme d'un rectangle très allongé alors que le tarse supérieur est plus large et a une plus grande surface portante sur le globe oculaire qui le soutient ; la seconde, parce que le tarse supérieur est maintenu par le releveur de la paupière.

B) — *Elle tient de la théorie mécanique* parce que l'orbiculaire, en se contractant, remonte la paupière inférieure et abaisse la paupière supérieure ; cela se comprend facilement puisque la contraction de ce muscle amène l'occlusion de l'œil par rapprochement des deux paupières ; la supérieure ne peut pas basculer pour les deux raisons indiquées ci-dessus : une plus grande surface d'application sur le globe oculaire et la présence du releveur. L'inférieure, au contraire, se trouve remontée ; le moindre mouvement lui permet de basculer d'autant plus facilement que le plan antérieur, c'est-à-dire la

peau, offre le moins de résistance. Le manque de résistance se trouve : 1° chez l'enfant, parce que la peau est souple et fine ; 2° chez le vieillard, parce qu'elle est distendue, flasque et diminuée de résistance.

IV

MOYENS CLASSIQUES EMPLOYÉS POUR LE TRAITEMENT DE L'ENTROPION SPASMODIQUE

Bien des procédés ont été employés pour le traitement de l'entropion spasmodique. Ils ne semblent donner que des résultats partiels et temporaires ; au bout d'un temps plus ou moins long, l'entropion se reproduit. Les auteurs se sont appuyés sur les différentes théories étiologiques pour établir un traitement. Les uns, ayant remarqué que la traction digitale de la peau de la paupière inférieure fait dérouler cette paupière et corrige l'entropion, ont essayé de maintenir cette paupière ainsi corrigée dans la bonne position par des adhésifs et des agglutinants tels que les bandelettes de diachylon, le collodion, qui remplacent d'une manière permanente le doigt à l'aide duquel on produit la mise en place normale de la paupière. Ils traitent en même temps la conjonctivite qui accompagne et entretient l'entropion. Mais ces moyens sont insuffisants la plupart du temps et ils ont l'inconvénient d'excorier la peau et de manquer de propreté.

Les autres emploient des bandages compressifs chargés de maintenir en bonne position la paupière infé-

rieure que l'on a préalablement déroulée. Cette méthode a tout-d'abord l'inconvénient de permettre la reproduction de l'entropion, car un pansement ne sera jamais assez compressif pour empêcher la paupière inférieure de reprendre sa première position, la contraction spasmodique de l'orbiculaire remettra la paupière inférieure en mauvaise position. Il est, de plus, impossible de soigner la conjonctivite concomitante et quand on enlève le bandeau pour nettoyer l'œil l'entropion se reproduit.

Gallemaerts, de Bruxelles, prétend s'être bien trouvé des agrafes de Michel ; il pince un pli de la paupière dans une ou deux agrafes et il les laisse à demeure pendant plusieurs jours. L'entropion se réduit ainsi facilement dans les cas où il est dû à l'application d'un bandeau, notamment à la suite de l'opération de la cataracte.

Nélaton a proposé la serre-fine ; selon cet auteur, elle peut rendre des services, à condition qu'elle soit dépourvue de griffes et changée chaque jour de place pour éviter qu'elle n'entame la peau. On l'empêche d'être entraînée en dedans en y passant un fil dont on fixe l'autre bout à la joue avec un brin de coton collodionné. Le fil, long de cinq à six centimètres, permet de changer la serre-fine de place, et si l'on a soin de prendre un fil élastique on a ainsi un petit appareil redresseur agissant à la façon d'un muscle.

Quand ces moyens : agrafes, serre-fines, agglutinants et adhésifs, sont insuffisants, Gallemaerts emploie un procédé décrit par Piccaluga dans les *Annali di Ottalmologia* et qui lui a donné les meilleurs résultats : on fait une incision parallèle au bord libre de la paupière dont

elle est distante de un millimètre et demi; elle s'étend le long de toute la paupière et entame la peau et le muscle. A trois ou quatre millimètres au-dessous de cette première incision, on en fait une deuxième parallèle à la première et de même étendue. On forme ainsi une bande musculo-cutanée rectangulaire qu'on laisse adhérer aux tissus profonds et qui est limitée par deux lambeaux : un supérieur et un inférieur que l'on dissèque. Puis on suture le lambeau supérieur à l'inférieur par-dessus la bande quadrangulaire. Cette bande se trouve ainsi enterrée; elle vient exercer d'avant en arrière une pression sur le tarse et empêcher son renversement; l'effet est plus grand que celui que l'on obtient par l'excision d'un lambeau musculo-cutané. Au bout de quelques jours, la plaie est fermée et on ne voit aucune trace de l'opération.

On a pratiqué aussi l'excision d'une bandelette cutanée horizontale qui diffère de la précédente en ce qu'on ne laisse pas de bandelette musculo-cutanée entre les deux lèvres de la plaie. On saisit entre deux doigts un pli horizontal de la peau assez épais pour faire disparaître l'entropion sans qu'il en résulte d'ailleurs ni ectropion ni lagophtalmie. On excise ce pli d'un coup de ciseau et l'on réduit les deux lèvres de la plaie par quelques sutures. Lorsque l'effet de l'opération doit être considérable, c'est-à-dire que l'entropion est très prononcé, le bord supérieur de la plaie doit se trouver assez près du bord libre de la paupière. D'ordinaire le résultat de cette opération persiste; quelquefois, pourtant, la peau s'allonge et l'entropion se reproduit.

Un autre procédé consiste à enlever un triangle de peau et à réunir les deux côtés du triangle pour avoir une suture verticale. Il est une notion très simple qui montre que si l'on presse une paupière entropionnée d'avant en arrière au niveau du bord orbitaire, on la remet en place parce qu'on appuie sur le tarse et on le fait basculer au dehors, permettant ainsi au bord ciliaire de la paupière de sortir du cul-de-sac conjonctival où il était tombé. C'est cette notion qu'on utilise pour remettre la paupière en bonne position au moyen d'un pansement convenablement placé ; mais on obtient un effet durable quand on raccourcit la peau de la paupière dans le sens horizontal au niveau du rebord orbitaire, de façon qu'elle soit tendue et presse la paupière d'avant en arrière. On trace une incision horizontale parallèle au bord de la paupière et allant presque d'un angle à l'autre de l'œil. Des extrémités du tiers moyen de cette incision on en trace deux autres dirigées en bas, convergeant l'une vers l'autre pour se réunir à la hauteur du bord orbitaire. On a ainsi un triangle isocèle à base supérieure et à sommet inférieur. Ce fragment de peau triangulaire est excisé, puis les deux bords latéraux libérés et réunis dans le sens vertical. On a donc une suture en forme de T. Cette opération donne plus de garanties contre les récidives.

Panas a proposé la canthotomie ou agrandissement de l'angle externe : le premier temps consiste à fendre la commissure externe, en insinuant horizontalement une des branches de ciseau derrière la commissure, et à la diviser par un coup sec. On peut aussi glisser une

sonde cannelée et pratiquer la section au bistouri. Cela fait, on affronte et on réunit soigneusement la conjonctive à la peau à l'aide de trois points de suture. Pour cela, il faut que cette membrane puisse glisser facilement et venir à la rencontre du tégument externe, sans quoi elle se coupe sous la traction des fils et l'opération est manquée. Aussi Horner conseille-t-il de mobiliser d'abord le cul-de-sac en donnant horizontalement un ou deux coups de ciseau ; malgré toutes ces précautions, la conjonctive peut lâcher prise, surtout quand une inflammation prolongée l'a rendue friable.

Gaillard, de Poitiers, préfère s'adresser à une autre méthode : celle des sutures verticales coupantes au nombre de deux, en vue d'obtenir autant de lignes cicatricielles. On enfonce une aiguille au niveau du tiers externe de la paupière, à trois millimètres du bord libre ; on fait cheminer cette aiguille sous la peau et l'orbiculaire et ressortir à un centimètre et demi plus bas, dans la joue. On renouvelle la même opération au niveau du tiers moyen et du tiers interne de la paupière avec une deuxième et troisième aiguilles. Les chefs respectifs de chaque anse de fil sont noués sur un petit rouleau de gaze et la striction, en étranglant un pli horizontal de la paupière, fait disparaître l'entropion. Les fils sont eulévés le deuxième ou le troisième jour ; le résultat est de courte durée et l'entropion se reproduit. Ces sutures n'intéressent que la peau.

Pagenstecher, combinant la canthotomie à la suture de Gaillard, a inventé un procédé mixte qui jouit encore d'une certaine faveur, bien qu'on doive lui repro-

cher de créer des plis difformes indélébiles et de manquer souvent le but.

Les sutures de Snellen, qui constituent un autre procédé, intéressent le tarse et le cul-de-sac conjonctival. Elles consistent en ceci : les deux aiguilles de chaque fil sont enfoncées à deux millimètres d'écartement au point le plus profond du cul-de-sac conjonctival et perforent toute l'épaisseur de la paupière pour ressortir à la face antérieure ; puis chaque aiguille est introduite de nouveau dans l'orifice de sortie, glisse sous la peau de l'orbiculaire au-devant du tarse et ressort à quelques millimètres du bord palpébral. Les deux chefs sont noués et serrés sur un petit rouleau de gaze. On place ainsi deux ou trois doubles sutures suivant le besoin. Bien que l'anse du fil prenne ici point d'appui sur le septum orbital, le résultat opératoire n'est guère plus durable que dans les sutures de Gaillard qui sont un procédé analogue, et l'entropion reparaît.

On a préconisé aussi les sutures au fil d'argent. Ces sutures embrassent un large pli cutané transversal avec interposition d'un rouleau souple ; ces sutures ont le gros inconvénient de déchirer les tissus si fragiles de la paupière et de produire du gonflement des tissus étreints.

Signalons un procédé employé quelquefois et qui consiste en cautérisations ignées pour produire du tissu cicatriciel ; on pratique la cautérisation linéaire superficielle, limitée à la peau et à l'orbiculaire, ou profonde et intéressant plus ou moins le tarse.

Un dernier mode opératoire de l'entropion spasmodique consiste à agir sur l'orbiculaire en en supprimant une partie, puisque ce muscle a perdu sa tonicité. M. Rochon-Duvigneaud s'exprime ainsi à ce sujet :

« C'est par l'excision partielle de l'orbiculaire que je
« traite généralement les entropions musculaires persis-
« tants. Le plus près possible du bord palpébral, après
« application d'une large pince de Desmarres, j'enlève
« une bandelette musculaire large de deux millimètres
« environ et allant d'une extrémité à l'autre de la pau-
« pière. Il en résulte quelquefois une insuffisance passa-
« gère de l'orbiculaire, un léger décollement de la pau-
« pière que je n'ai jamais vu persister plus de quelques
« jours. Le résultat est presque toujours durable. J'ai
« dû cependant recommencer jusqu'à trois fois l'opéra-
« tion chez une femme âgée ; dans la troisième inter-
« vention, j'ai excisé le tarse qui paraissait jouer un
« rôle dans l'enroulement de la paupière. J'ai tout lieu
« de croire que la malade est dès lors restée guérie. »

Comme on le voit, nombreux sont les procédés qui ont été employés pour le traitement de l'entropion spasmodique. Cette affection est parfois d'une ténacité désespérante, alors même qu'il n'existe aucune cause d'appel locale telle que la conjonctivite chronique, la stagnation lacrymale, l'eczéma de la paupière, etc. Nous concluons de la manière suivante, avec le docteur Cantonnet, sur ce chapitre des procédés classiques employés dans le traitement de l'entropion spasmodique :

« Les applications de bandelettes adhésives, d'agglut-
« nants divers restent sans succès à cause de l'humidité

« de la région. On pense aux serre-fines qui figurent
« dans l'énumération des traitements de l'entropion,
« mais leurs divers inconvénients les font éliminer :
« elles déchirent la peau en la traversant et dès qu'elles
« sont enlevées l'entropion reparait. Enfin, c'est par
« les sutures cutanées qu'on se décide à agir ; mais
« celles-ci « coupent » si la suture est faite à même la
« peau ; elles risquent de s'infecter si un bourdonnet
« de gaze l'en sépare ; ce bourdonnet recueille, en effet,
« les larmes écoulées, les sécrétions de la peau et forme
« un excellent milieu de culture. Nous en dirons
« presque autant des fragments de drain qu'on subs-
« titue à la gaze. De plus, ces corps étrangers sur les-
« quels sont appliquées les sutures forment des saillies
« sans cesse traumatisées, si un pansement ne les
« recouvre, ce qui nécessite le maintien d'un pansement.
« Malgré cela, la durée des sutures est éphémère, et,
« bien qu'elles laissent souvent à leur suite des cicatrices,
« nous avons tous vu, après leur chute ou leur enlève-
« ment, la récurrence de l'entropion. »

PROCÉDÉ NOUVEAU

L'examen et la critique des différents procédés nous amène à l'exposé du procédé nouveau proposé par le docteur Cantonnet à la Société d'ophtalmologie de Paris, le 2 juin 1914. Voici la communication faite à cette Société :

« L'entropion qui apparaît, dit-il, dans les suites opératoires de la cataracte, est assez facilement traité par l'ablation du pansement, si l'état de l'œil le permet, ou par l'application d'agglutinants, quelquefois même d'une suture cutanée. Si l'état de l'œil nécessite encore le pansement, on évitera, en posant celui-ci, de faire remonter les tissus de la joue, ce qui prédispose au retournement de la paupière.

« Mais l'entropion spasmodique vrai, celui du tout jeune enfant ou surtout celui du vieillard aux paupières flasques, est parfois d'une ténacité désespérante. Au palliatif souvent insuffisant que sont les sutures, je préfère la tarsorrhaphie externe, faite sur une étendue de quatre à cinq millimètres tout au plus. » Nous ne décrirons pas ici le manuel opératoire de cette tarsorrhaphie ; il est très simple, à la portée de tous et décrit dans tous les manuels,

Dans cette même communication, il ajoute : « Cette
« intervention, qui n'est guère plus importante ou dou-
« loureuse que l'application de deux sutures, est propre
« et efficace ; il n'y a aucune infection secondaire, pas
« de cicatrice consécutive, pas de nécessité de conserver
« au delà de deux ou trois jours le pansement.

« La déformation de l'orifice palpébral qui en résulte
« est moindre qu'on ne pourrait le croire, et le malade
« éprouve un tel soulagement du redressement de son
« entropion que cette considération prime l'autre de
« beaucoup.

« Pour l'avoir plusieurs fois essayée, je sais que cette
« petite intervention est absolument efficace ; elle est
« aussi durable qu'on le désire ; lorsque tout état spas-
« modique a disparu, il est facile de libérer, de dedans
« en dehors, en plusieurs fois, par pas en avant d'un
« millimètre, les paupières. »

Il ne faut pas essayer d'agir sur les tissus de la joue, sur la peau des paupières ou d'affaiblir l'orbiculaire, comme certains auteurs l'ont proposé, puisque la cause primordiale est la bascule du tarse, la flaccidité des tissus n'étant qu'un adjuvant. Or, on empêchera cette bascule du tarse en les rendant solidaires l'un de l'autre par une suture, comme nous allons le montrer dans le chapitre suivant.

PATHOGÉNIE DU MODE D'ACTION DE LA TARSORRAPHIE EXTERNE

Comment agit la tarsorrhaphie ?

Si nous nous reportons à la théorie mixte que nous avons exposée dans le chapitre de la pathogénie et si nous relisons la comparaison des deux petits morceaux de carton, nous comprendrons facilement l'action de la tarsorrhaphie. Nous la comprendrons pour deux raisons :

1° Parce que les deux paupières étant rendues solidaires l'une de l'autre et l'entropion étant dû à une bascule du tarse qui permet au bord ciliaire de s'enrouler et de tomber dans le cul-de-sac conjonctival, la paupière inférieure ne peut pas basculer isolément puisque l'œil est au-dessous et s'oppose à tout mouvement en arrière de la ligne de suture interpalpébrale ;

2° Parce que, ainsi que nous le disons dans l'exposé de cette théorie, les deux bouts de carton, et l'inférieur pour les raisons que nous avons données, ont d'autant plus de tendance à pivoter autour de leur axe longitudinal que cet axe est plus long par rapport à eux, c'est-à-dire que l'ouverture palpébrale est plus longue. C'est

là un phénomène statique facile à comprendre. C'est pour cette raison qu'il ne nous semble pas que la canthotomie puisse avoir des résultats vraiment bons. Elle ne pourrait être favorable qu'en interrompant la partie palpébrale du muscle orbiculaire au niveau de la partie externe des paupières, agissant ainsi d'une façon un peu comparable au procédé qui enlève des languettes d'orbiculaire pour l'affaiblir, mais elle nous semble tout à fait défectueuse pour la raison donnée plus haut (longueur d'axe) en ce qui concerne la statique des tarses⁽¹⁾.

(1) A la suite de la communication du docteur Cantonnet à la Société d'ophtalmologie de Paris, M. Morax a pris la parole et a dit :

« Le traitement de l'entropion spasmodique n'est pas toujours
« aussi simple qu'on pourrait le croire, car l'intensité du spasme est
« sujette à de grandes variations. Une intervention aussi bénigne que
« l'application de sutures Gaillard ou de Snellen peut suffire et
« donner de bons résultats, même dans le cas de spasme léger, alors
« que la blépharrorraphie elle-même, dans des cas un peu intenses,
« se montre insuffisante. Il y a un certain nombre d'années déjà,
« j'ai eu recours à la blépharrorraphie partielle dans un cas d'entro-
« pion spasmodique, le résultat immédiat a été très satisfaisant, mais
« après quelque temps je fus assez surpris de voir se produire le
« retournement de la partie libre qui n'était pas adhérente à la
« paupière supérieure. »

OBSERVATIONS CLINIQUES

Observation I.

Femme de 55 ans, très nerveuse, traces de sucre dans l'urine; elle est prise d'une poussée furonculaire en différents points du corps, puis d'orgelets multiples de l'œil gauche. On les incise et tout rentre dans l'ordre.

Trois jours après, la malade est prise de douleurs périorbitaires très violentes et toujours du côté gauche: névralgie de l'ophtalmique. Elle serre ses paupières. Sous l'action de ce blépharospasme, il se développe un entropion spasmodique qui présente une extrême gravité, car on constate une anesthésie totale de la cornée et une hypoesthésie de la conjonctive et du territoire cutané de l'ophtalmique. Nous sommes donc en présence d'une kératite neuromyotique avec entropion spasmodique.

Nous essayons les différents traitements par les agglutinants, mais sans le moindre résultat. La malade, qui craint la suture cutanée, tire sur sa paupière inférieure cent fois dans la journée, mais l'entropion aussitôt réduit se reproduit immédiatement, surtout la nuit.

Nous traitons notre malade par les sutures de Gaillard; les fils ne s'infectent pas mais l'un d'eux coupe un peu, malgré l'interposition de bourdonnet de gaze, et l'entropion se reproduit en partie.

Finalement notre malade se décide à la suture des paupières. Cette tarsorrhaphie est des plus légitimée par l'anesthésie de la cornée. Elle est pratiquée le 22 avril 1914. Elle respecte quatre millimètres de la partie externe, puis prend six millimètres jusqu'au niveau du centre cornéen. Il n'y a plus d'entropion. La kératite neuro-paralytique évolue ordinairement et tous les quinze jours environ se produit une crise de névrite au moment de laquelle l'entropion essaie de se reproduire, ce que la tarsorrhaphie rend impossible.

Nous avons enlevé la tarsorrhaphie au bout de quatre mois ; nous avons revu notre malade récemment, aucun entropion ne s'est reproduit.

Observation II.

Enfant de 9 jours. — Janvier 1914. — Accouchement normal comme durée et autres points de vue. Dès la naissance, on constate un peu de gonflement des paupières et une légère sécrétion non purulente. Pas de gonocoques à l'examen microscopique. Trois jours après, l'enfant présente un entropion spasmodique. L'enfant est vu à ce moment par le docteur Cantonnet, qui remarque la présence d'un entropion très marqué avec une ulcération ovalaire à l'œil gauche, ulcération à grand axe horizontal, siégeant dans la moitié inférieure de la cornée, juste à l'endroit où viennent frotter les cils. Le traitement par les adhésifs est employé sans résultat. Deux jours après, le docteur Cantonnet pratique la tarsorrhaphie externe qui respecte quatre millimètres du

côté de l'angle externe et qui prend six millimètres jusqu'au niveau du centre cornéen. Pour plus de sécurité, il est fait une suture de Snellen qui est enlevée deux jours après, comme l'entropion paraît jugulé. L'ulcération cornéenne s'améliore très rapidement par le traitement médical classique qui a été institué dès le neuvième jour : atropine et collargol.

Vingt jours après qu'elle a été faite, la tarsorrhaphie est libérée. L'entropion ne reparaît pas. Par la suite, l'amélioration continue et il ne reste plus trace d'aucune taie avec instillation de thiosinamine.

Observation III.

Homme de 72 ans, débilité, nerveux, eczémateux. Il est opéré de cataracte par extraction combinée en un temps. Il fait un peu d'entropion spasmodique sous le pansement pendant les suites opératoires. Cet entropion, dû à une légère conjonctivite, disparaît par l'enlèvement du bandeau et une légère instillation de sulfate de zinc. Mais ce malade eczémateux conserve de l'infection conjonctivale avec très peu de sécrétion, en même temps qu'un eczéma léger de la paupière inférieure du côté opéré. Cet état persiste pendant trois ou quatre semaines, puis, à la suite d'une promenade en auto, il y a une nouvelle poussée de conjonctivite ; le malade frotte ses paupières et réveille son eczéma. Deux jours après, apparaît un entropion spasmodique contre lequel la série diverse des moyens ordinaires (agglutinants, etc.) ne fait rien. En mars 1914, sur les conseils du docteur

Cantonnet, le malade se fait faire une tarsorrhaphie. La suture est faite, dans la partie externe, sur une longueur de quatre à cinq millimètres, respectant le bord libre dans le dernier millimètre externe. L'entropion disparaît immédiatement. L'eczéma de la paupière disparaît aussi très rapidement et la conjonctivite dure environ huit à dix jours. La suture commence à être levée environ cinq semaines après, en quatre séances où chaque fois est libéré environ un millimètre en allant de dedans en dehors. Pas de récurrence.

Observation IV.

Homme de 87 ans, vigoureux pour son âge. Rien dans les urines. Il serait, dit-il, soigné depuis six mois pour une conjonctivite. En réalité, le malade a un entropion spasmodique, sans ulcération de la cornée, mais avec une grosse infection périkeratique autour de la moitié inférieure de la cornée et abondante sécrétion conjonctivale.

Profitant de l'expérience des trois cas précédents et sans perdre de temps à essayer les palliatifs classiques, le docteur Cantonnet suture la partie externe sans intéresser l'angle (fin mars 1914).

Comme l'entropion était très marqué (c'était un enroulement complet du bord ciliaire, ce qui explique d'ailleurs qu'un entropion de si vieille date n'ait pas atteint la cornée, car c'était la peau qui portait sur elle), outre la tarsorrhaphie externe, pour plus de sécurité, il est passé une anse de Snellen sur un bourrelet de gaze,

L'entropion est parfaitement redressé, et deux jours après, l'anse de Snellen étant inutile, elle est enlevée. Le malade est tellement soulagé par la tarsorrhaphie qu'il n'a jamais voulu qu'elle soit enlevée. Le docteur Cantonnet s'est contenté de libérer à peu près, à la partie interne, deux millimètres sur les cinq. L'entropion n'a jamais reparu.

Observations V et VI.

Le soldat L... Charles, du X...^e d'infanterie, entre au Centre ophthalmologique de la VIII^e région, le 2 septembre 1918, pour brûlures oculaires par gaz (ypérite). Il a reçu ces gaz le 8 juillet, c'est-à-dire près de deux mois auparavant. Il n'a pas de lésions de la cornée, mais un état œdématié et lardacé des conjonctives; cet homme est un homme intelligent: il est dessinateur; mais c'est un nerveux qui souffre de la moindre contrariété et de la moindre chose.

Il présente un spasme invincible des paupières; ce n'est qu'après cocaïnisation qu'on peut arriver, au moyen des écarteurs de Desmarres, à voir les yeux. Les deux paupières inférieures, surtout la gauche, sont en état d'entropion extrêmement marqué. Dès qu'on a déplié les paupières enroulées, il se sent très soulagé; mais de nouveau il contracte ses orbiculaires et l'entropion se reproduit aussitôt.

Rien ne peut empêcher cet entropion; les bandelettes adhésives ne peuvent être placées à cause de l'écoulement continu des larmes; les sutures de Snellen ne sont

pas essayées à cause de l'état, desquamé par les larmes, de la peau des paupières inférieures.

Je pratique une tarsorrhaphie externe de cinq millimètres à l'œil gauche. Le malade avait une appréhension considérable de cette minuscule intervention.

Dès le lendemain il se sent tellement soulagé par la disparition de l'entropion spasmodique de cet œil qu'il demande qu'une tarsorrhaphie soit aussi faite à l'œil droit.

Deux jours après, j'en pratique une à l'œil droit. L'amélioration de l'état des conjonctives fut extrêmement rapide et une quinzaine de jours plus tard cet homme sortit guéri de l'hôpital. Bien entendu, il était guéri plusieurs jours avant cette époque; mais, afin d'éviter le retour de l'entropion, j'avais maintenu les tarsorrhaphies pendant un temps un peu plus prolongé. Au moment de sa sortie j'ai libéré les paupières. Je lui avais dit de m'écrire si l'entropion se reproduisait et j'ai su qu'il ne s'était plus reproduit.

Observation VII.

Le soldat D... Lazare, du X...^e régiment d'artillerie coloniale, entre au Centre ophtalmologique de la VIII^e région le 2 septembre 1918 pour une conjonctivite par ypérite datant du 18 juin 1918. Cette conjonctivite est presque nulle à droite, mais très accentuée à gauche; cet œil est extrêmement irrité et l'iris est en myosis. Cet état irritatif est entretenu par un entropion spasmodique et l'écartement des paupières ne peut être fait qu'avec les écarteurs.

De même que chez le malade précédent, je pratique à l'œil gauche une tarsorrhaphie externe de cinq millimètres.

Le résultat ne se fait pas attendre, et une quinzaine de jours après l'irritation oculaire, vieille de plus de trois mois, a complètement disparu. De même que chez le précédent, l'entropion ne s'est pas reproduit.

On voit donc que certaines irritations conjonctivales et l'entropion spasmodique forment entre eux un cercle vicieux ; l'irritation conjonctivale est la cause initiale du renversement de la paupière et celui-ci entretient indéfiniment la conjonctivite. La tarsorrhaphie externe partielle est un moyen simple et rapide d'améliorer ces situations interminables.

CONCLUSIONS

- I. — L'entropion spasmodique ne doit pas être confondu avec l'entropion cicatriciel, conséquence d'une altération du tarse, telle qu'on la constate dans le trachome, les inflammations chroniques, les cicatrices de la conjonctivite, etc.
- II. — L'entropion se trouve exclusivement chez l'enfant et le vieillard. C'est une chute du tarse dans le cul-de-sac conjonctival, après enroulement du bord ciliaire. Il siège toujours à la paupière inférieure.
- III. — La pathogénie en est très discutée :
 - A) D'aucuns l'attribuent à une bascule du tarse ;
 - B) D'autres à la flaccidité des tissus ;
 - C) Nous pensons qu'il faut faire entrer en ligne de compte les éléments des deux théories : la cause primordiale est la bascule du tarse ; la flaccidité des tissus en est la cause adjuvante.
- IV. — Les différents procédés opératoires nous semblent défectueux, soit parce qu'ils sont insuffisants pour guérir une affection d'une ténacité désespérante, soit parce qu'ils sont une cause d'infection, soit parce qu'ils meurtrissent trop les tissus.

- V. — La tarsorrhaphie externe nous semble le procédé de choix, parce qu'elle est propre et efficace; il n'y a aucune infection secondaire, pas de cicatrice consécutive, pas de nécessité de conserver le pansement au delà de deux ou trois jours.
- VI. — Elle agit en rendant plus court l'orifice palpébral et surtout en rendant solidaires l'une de l'autre les deux paupières, l'inférieure ne pouvant basculer sans que la supérieure en fasse autant, ce qui est impossible.
-

BIBLIOGRAPHIE

- ADOUL (F.). — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement de l'entropion. (Montpellier, 1885.)
- AMAT (M. Marin Almería). — Modificationes al procedimiento de Panas para las operaciones del entropion. (Archives de oftalm. hisp.-americ., février 1911; Revue générale d'ophtalmologie, 1913, p. 86.)
- ANGIOLELLA. — La Suture du tarse dans l'opération de l'entropion. (Revue générale d'opht., 1908, p. 372.)
- BETTMANN (B.). — Spatic senile entropion cured by canthotony. (N. Am. Pract. Chicago, 1893, V, 403-405.)
- BUSINELLI (F.). — Entropion spatico da ectropion artificiale; guarigione del panno corneale con l'infuso di jequirity. (Boll. d'ocul. Fireuze, 1883, 4 VI, 6, 9.)
- CANTONNET. — La Tarsorrhaphie externe dans l'entropion spasmodique. (Soc. d'opht. de Paris, 2 juin 1914; Archives d'opht., 15 juillet 1914.)
- CHAILAN. — Opération de Nicati dans l'entropion. (Archives d'opht., 1907, p. 606.)
- CHASIMIERI. — Quelques opérations d'entropion. (Montpellier méd., 1891, 2 S, XVI, 261-265.)
- DELORD et REVEL. — Traitement de l'entropion par le procédé en vanne. (Congrès de la Société française d'opht., Paris, mai 1908.)
- DIMMER. — L'Entropion spasmodique et son développement. (Revue générale d'opht., 1913, p. 32.)
- Zur Entstehung des Entropium spaticum. (Klin. Monatsblatt, f. Augenheilk., septembre 1911.)

ENCYCLOPÉDIE FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE. — De l'Entropion. (Tome 5, p. 505.)

FUCHS (E). — Manuel d'ophtalmologie.

GAILLARD. — Bulletin de la Société de Poitiers (1844).

GALLEMAERTS. — Opération d'entropion. (Bulletin et mémoire de la Société française d'opht., 23^e année, 1906, t. XXIII, p. 321.)

— Entropion spasmodique. (Bulletin de la Société belge d'opht., n^o 31, p. 21.)

— Opération d'entropion. (Archives d'opht., 1906, p. 385.)

GOLZIEHER (W.). — Ueber Entropium spaticum senile und seine Heilung. (Klin. Monatsblatt, f. Augenh. Stuttgart, 1908, XIV, i. 426-431.)

— Sur l'Entropion spasmodique sénile et sa guérison. (Annales d'oculistique, T. 141, p. 142.)

HEARD (R.). — An Operation for entropion. (Indian M. gaz. Calcutta, 1907, T. X-ii, 217.)

IMRE (J.). — Sur l'Opération de l'entropion spasmodique persistant. (Revue générale d'opht., 1910, p. 422.)

— Annales d'oculistique (t. 142, p. 321).

— Operation des Entropium spaticum habituale. (Congrès intern. de méd. de Budapest, 1909.)

KNOPP. — Opération de l'entropion. (Revue générale d'opht., 1907, p. 44.)

— Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte (1906, p. 524).

MC KEOWN (D.). — Spasmodic entropion; new method of treatment. (Brit. M. J. Londres, 1887, i. 1159.)

MORAX. — Bulletin de la Société d'opht. de Paris. (T. XXVI, n^o 5, p. 148.)

PANAS. — Traité des maladies des yeux. (T. II, p. 149.)

PAGENSTECHEK. — Klin. Beobachtung (1861).

PEREZ Y BUFILL. — Nouveau procédé pour l'opération de l'entropion. (Revue générale d'opht., 1912; Arch. de oftalm, hisp.-americ., juin 1910.)

- PICCALUGA. — Sull' Entropion spasmodico della palpebra inferiore e nuovo metodo per la sua correzione. (Annali di ottalmologia, t. 40, p. 96.)
- POIRIER. — Organes des sens. (Anatomie, t. 5, p. 1166, fig. 730.)
- RAU. — Arch. f. opht. (I, 2, p. 176.)
- ROCHON-DUVIGNEAUD. — Bulletin de la Société d'opht. de Paris (T. XXVI, n° 5, p. 148).
- SCKOROBOGATOFF (A. K.). — Indications for the operations of... for entropion. (Vestnik. oftalm. Mosk., 1906, xxij, 448-451.)
- SAMEH BEY. — L'Opération de l'entropion et les conditions de son succès. (Bull. de la Société d'opht. d'Égypte, 1912.)
- STRAUB (M.). — Les Opérations contre l'entropion. (Nederlandsch tijdschrift vor geneeskunde, 1907, t. II, p. 517.)
- TAILLEFER (F.). — Contribution à l'étude de l'entropion. (Toulouse, 1898.)
- TERRIEN. — Chirurgie de l'œil.
— Ophtalmologie.
- TRANTAS. — Sur le Traitement opératoire de l'entropion. (Société française d'opht., mai 1903, p. 278.)
— Archives d'ophtalmologie (1913, p. 437).
- TRUC, VALUDE et FRENKEL. — Nouveaux éléments d'ophtalm.
- VAUQUELIN (E.). — De l'application de la suture enchevillée à l'opération de l'entropion spasmodique au moyen d'une nouvelle espèce de chevilles (cheville jumelle ou à double branche). (Paris, 1853.)
- ZAPATERO. — Le Procédé du professeur Lagleyze dans l'entropion. (Revue générale d'opht., 1908, p. 137.)
— El procedimiento del prof. Lagleyze en el entropion. Soc. oftalm. hisp.-americ. (Madrid, mai 1907.)
- ZIRM (E.). — Operationem bei Entropium senile zur totalen Blepharorrhaphie. (Arch. f. Augenh. Wiesbaden, 1911, XIX, 247, 248.)

